

§ 1. — *Tumeurs ganglionnaires.*

Les tumeurs qu'on observe le plus souvent au cou se développent dans les ganglions lymphatiques. Abstraction faite des abcès aigus des ganglions lymphatiques, plus rares au cou que dans les autres régions¹, on peut considérer au lymphome du cou les formes suivantes : le *lymphome hyperplastique* (hypertrophie du ganglion lymphatique), le *lymphadénite scrofuleuse*, le *lymphome malin* et le *lympho-sarcome*.

Lymphome hyperplastique. — Le lymphome hyperplastique, ou tout simplement lymphome, consiste en une hypertrophie du ganglion et se présente sous deux formes ; il est *mou*, quand l'hypertrophie porte sur les éléments cellulaires ; il est *dur* quand les cloisons et le tissu réticulaire sont pris en masse.

Très souvent, mais non point toujours, cette affection est produite par une irritation périphérique. En un point de la surface du corps on trouve dans ces cas un processus inflammatoire ou ulcéreux, et alors il existe une tuméfaction des ganglions auxquels se rendent les vaisseaux lymphatiques de la région atteinte. On peut admettre que les lymphatiques de la région malade charrient des substances irritantes qui, parvenues dans le ganglion, y provoquent une hyperplasie inflammatoire au début assez bénigne ; le ganglion se tuméfie, devient douloureux, puis la sensibilité disparaît mais la tuméfaction persiste. Si l'irritation est très intense, l'inflammation peut aboutir à la suppuration ; si elle est peu marquée, l'hyperplasie peut se former lentement sans provoquer la moindre sensibilité du côté du ganglion².

Un ganglion lymphatique ainsi hyperplasié peut reprendre son volume normal quand l'irritation périphérique cesse, de sorte qu'il est

(1) Je crois, bien au contraire, que le cou est un des lieux d'élection des adénophlegmons et que la plupart des abcès chauds du cou sont d'origine ganglionnaire. (A. B.)

(2) Il ne faut pas nier l'hypertrophie simple des ganglions lymphatiques, mais un certain nombre des cas de moi connus publiés sous cette rubrique sont en réalité des cas de tuberculose ganglionnaire à évolution torpide. (A. B.)

toujours important de chercher la cause de cette irritation afin de pouvoir la faire disparaître. Dans cette recherche on sera guidé par les notions anatomiques suivantes :

a) Les ganglions *auriculaires*. Les antérieurs sont situés au-devant du conduit auditif externe, sur la parotide ; les postérieurs au niveau de l'insertion du sterno-mastoïdien. Comme ces ganglions reçoivent les vaisseaux lymphatiques des parties molles qui recouvrent le crâne, ce sont ces parties qu'il faudra examiner lorsqu'on les trouvera engorgées, pour voir s'il n'y a pas de furoncle, ou d'ulcération, ou si le cuir chevelu n'est pas le siège d'un eczéma.

b) Les ganglions des *lymphatiques profonds de la face*, au nombre de 6 à 8, sont situés dans la *fosse sphéno-maxillaire* et reçoivent les vaisseaux lymphatiques de l'orbite, des cavités nasales, du pharynx, du maxillaire supérieur et de la fosse sphéno-maxillaire. Dans les cas de tuméfaction de ces ganglions, on cherchera s'il n'existe pas d'ulcérations dans les fosses nasales et la cavité du pharynx, ou des dents cariées sur le maxillaire supérieur.

c) Les ganglions *sous-maxillaires* sont échelonnés le long du maxillaire inférieur et reçoivent les lymphatiques des parties molles de la face, de la langue, du plancher de la bouche et du maxillaire inférieur. Les dents cariées du maxillaire inférieur, les ulcérations de la langue, du plancher de la bouche, de la peau de la face, ou l'eczéma de cette dernière, etc., provoquent la tuméfaction de ces ganglions.

d) Les ganglions *cervicaux superficiels* sont situés au niveau de la moitié supérieure du cou, devant le sterno-mastoïdien, et reçoivent les vaisseaux lymphatiques du cou.

De tous ces ganglions partent des vaisseaux qui se rendent aux

e) Ganglions *jugulaires supérieurs* qui sont situés dans le triangle cervical supérieur et reçoivent en même temps les lymphatiques du larynx et de la glande thyroïde. De ces ganglions partent des troncs lymphatiques volumineux qui se rendent aux

f) Ganglions *jugulaires inférieurs* situés dans la fosse sous-claviculaire, qui reçoivent en même temps les lymphatiques des muscles profonds du cou et ceux du canal vertébral.

Lorsqu'on est en possession de ces notions anatomiques, il est facile de trouver l'origine de la tuméfaction des ganglions. Dans beaucoup de cas, on ne trouve pas de processus pathologique périphérique. Aussi admet-on que l'hyperplasie des ganglions peut être provoquée par le refroidissement ou l'irritation mécanique et c'est ainsi qu'on a invoqué l'action du col des soldats.

Lymphadénite scrofuleuse. — La lymphadénite scrofuleuse est caractérisée par la destruction caséuse du ganglion, d'abord simplement hyperplasié. Un ramollissement se manifeste dans la masse du ganglion, et le pus renferme des flocons plus ou moins gros, composés de cellules de pus et de détrit. Quand un tel abcès s'ouvre au dehors, il se forme une ulcération scrofuleuse à bords violacés, décollés, et n'ayant que peu de tendance à la cicatrisation. Le processus porte ordinairement sur tout un groupe de ganglions.

Dans certains cas, l'abcès ne s'ouvre pas et son contenu se transforme par le dépôt de sels calcaires, en une masse dure, athéromateuse. Ce qui permet de caractériser le processus comme scrofuleux, c'est la caséification, l'apparition de la tuméfaction à la suite d'irritations minimes et la longue durée du processus.

Huet a dernièrement émis l'opinion que l'extirpation des ganglions lymphatiques scrofuleux constitue une mesure prophylactique contre la tuberculose miliaire, l'opération évitant la formation de foyers caséux, l'absorption des matières spécifiques et, par conséquent, le développement de la tuberculose miliaire. Après avoir fait un grand nombre de ces opérations, j'ai acquis la conviction que faite antiseptiquement elle ne présente aucune gravité. Seulement il m'a paru que l'extirpation des ganglions tuméfiés est suivie de tuméfaction des ganglions voisins, de sorte qu'on est obligé d'intervenir de nouveau et ainsi de suite¹.

D'un autre côté, l'extirpation de ces ganglions n'empêche pas la formation de foyers caséux dans les autres organes, dans les poumons par exemple. Quelquefois on observe un catarrhe des bronches quand, après l'extirpation des ganglions malades, le processus envahit les ganglions profonds.

Lymphome malin. — Le nom de lymphome malin a été proposé par Billroth. Ce lymphome consiste également en une hyperplasie des ganglions, seulement cette hyperplasie se distingue des deux formes que nous venons d'étudier. Son accroissement progressif *très rapide* distingue le lymphome malin du lymphome simple; et, contrairement à la lymphadénite scrofuleuse, il ne subit pas de dégénérescence caséuse et conserve indéfiniment sa structure primitive. D'où vient la malignité de ces tumeurs? Dans les carcinomes, la malignité est due à ce que la tumeur envahit les tissus voisins. Un carcinome du sein, par exemple, se développe dans la substance glandulaire, mais plus tard il se propage d'un côté à la peau, de l'autre au muscle pectoral, aux côtes, à la plèvre et se substitue aux tissus de ces organes. Il en est de même des sarcomes, des lympho-sarcomes dont un exemple est représenté sur la figure 115.

Dans les lymphomes malins les choses se passent tout autrement, comme nous allons le voir du reste en décrivant la marche de cette affection. Au milieu d'une santé parfaite on voit apparaître, ordinairement chez des individus jeunes ou des enfants, à la suite d'une irrita-

(1) Ce pessimisme est exagéré, et il n'est pas rare qu'après l'extirpation aseptique des ganglions on obtienne une cure sinon définitive, au moins très prolongée. La cicatrice d'une réunion par première intention est moins difforme que celles des ouvertures fistuleuses multiples et l'on évite au sujet des suppurations rebelles. Lorsque le ganglion est devenu fistuleux, on a également de fort bons résultats. Je me souviens d'un homme porteur de ganglions fistuleux dans tous les groupes ganglionnaires du cou. Je lui ai fait cinq opérations successives et en quelques mois j'ai tari complètement ces suppurations, avec des cicatrices aussi peu difformes que possible.

(A. B.)

tion périphérique et même sans cette intervention, une tuméfaction indolore des ganglions du cou. Ordinairement, le processus envahit les ganglions d'un seul côté. Tandis que la tuméfaction augmente lentement, d'autres groupes ganglionnaires se prennent à leur tour, et au bout d'un certain temps tous les ganglions lymphatiques, situés d'un côté du cou entre le maxillaire inférieur et la clavicule, sont frappés d'hypertrophie. L'état général est pourtant resté bon.

Le médecin, en présence de cette tuméfaction unilatérale, cherche une cause locale, examine les fosses nasales, les cavités buccale et pharyngienne pour voir s'il n'y trouve pas une ulcération ou un processus inflammatoire. Il pense à la scrofule, quand il s'agit d'un en-

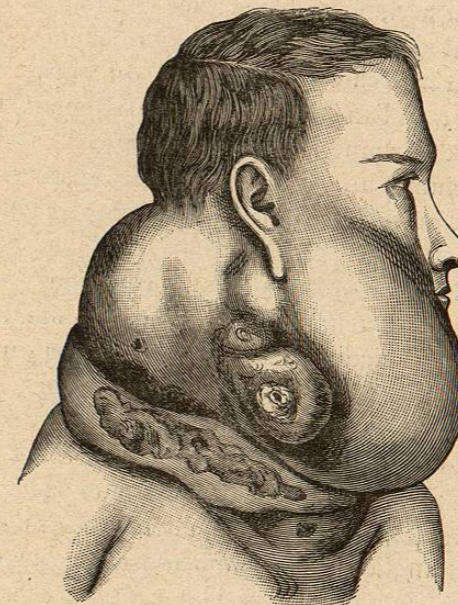


Fig. 115. — Lymphadénome cervical. Observation personnelle.

fant, à la tuberculose s'il s'agit d'un adulte et, dans ce cas, ausculte attentivement son malade. Il ne trouve ni scrofule ni tuberculose. L'état reste stationnaire pendant plusieurs mois, puis la tuméfaction augmente très rapidement, et alors on peut trouver trois groupes ganglionnaires : un groupe *supérieur*, sous l'angle du maxillaire inférieur ; un groupe *moyen*, rapproché de la ligne médiane et faisant fortement saillie à l'extérieur, repoussant en dedans la trachée et l'œsophage ; un groupe *inférieur*, au-dessus de la clavicule.

Quand on examine la tumeur de plus près, on trouve que, molle ou dure, elle se compose de paquets ganglionnaires nettement délimités, mobiles, recouverts par la peau qui a conservé son aspect et ses ca-

ractères normaux. A l'examen du corps, on ne trouve rien qui puisse expliquer cette tuméfaction ganglionnaire : pas d'infiltration pulmonaire, pas d'hypertrophie de la rate, pas de scrofule, pas d'augmentation du nombre des leucocytes.

Jusqu'alors, on peut continuer à envisager le mal comme une affection locale. Mais à un moment donné, l'hypertrophie se manifeste dans les ganglions des autres parties du corps. Peu à peu on voit se prendre ceux de l'autre côté du cou, ceux des aisselles et des aines, les ganglions mésentériques, etc. La respiration devenue difficile et une toux d'intensité moyenne font voir que les ganglions bronchiques sont en train de se prendre, et si à ce moment on examine la poitrine, on trouve en bas et en arrière du thorax une matité qui indique la présence d'un exsudat dans les plèvres ; les bronchioles sont en même temps le siège d'un catarrhe. L'état général du malade est déjà atteint à ce moment : il y a de l'anémie, de la perte d'appétit, le sommeil est troublé par la toux continuelle, puis apparaissent l'ascite et l'anasarque ; la fièvre s'allume, une fièvre moyenne à recrudescences vespérales, des eschares au sacrum apparaissent, et le malade meurt dans le collapsus.

A l'autopsie, on trouve presque tous les ganglions lymphatiques du corps transformés en tumeurs plus ou moins grosses. Les petites sont ordinairement molles, riches en suc, gris-jaunâtres sur la coupe, et à l'examen microscopique on trouve une augmentation colossale des cellules lymphoïdes et l'accroissement du nombre des fibres de la charpente fibreuse. Les tumeurs volumineuses présentent quelquefois les mêmes caractères ; mais dans d'autres cas elles sont rondes, dures, blanches sur la coupe, et à l'examen microscopique on voit que le parenchyme des ganglions est remplacé par des travées fibreuses. La différence des lésions a fait considérer au lymphome malin deux formes : le lymphome *mou* et le lymphome *dur*. Seulement, il est très probable que les deux formes ne sont que deux stades divers du même processus. Enfin dans beaucoup de cas, on trouve à l'autopsie des foyers *métastatiques*, c'est-à-dire des tumeurs de même nature dans des organes qui n'appartiennent pas au système lymphatique, comme les poumons, le foie, la rate, les reins. Ces foyers métastatiques se présentent tantôt sous forme de petits tubercules miliaires, tantôt sous celle de tumeurs des dimensions d'une noisette, d'une noix, ou même d'une pomme, dures ou molles suivant la nature du lymphome. Dans les poumons, les noyaux métastatiques sont ordinairement durs, dans le foie ils sont plus mous. Cette description montre en quoi consiste la malignité de ces tumeurs. Il ne s'agit pas d'une prolifération en dehors de l'organe envahi, comme dans le carcinome,

mais d'une cachexie particulière qui met en jeu la vie du malade. Si par conséquent on veut réserver le nom de tumeur maligne aux néoplasmes qui envahissent les organes et tissus voisins, les lymphomes doivent être désignés sous le nom de *lymphomes à métastases* ou d'*adénie*.

Ce qui distingue le lymphome malin des tumeurs leucémiques, c'est l'absence de l'augmentation du nombre des leucocytes dans le sang. D'après ce que nous venons de dire, le diagnostic devient facile lorsque le groupe ganglionnaire primitivement atteint se met à s'accroître rapidement et que la tuméfaction envahit les ganglions d'autres régions. L'affection se termine infailliblement par la mort, qu'on opère ou non, et dure tout au plus deux ans. Et pourtant elle est curable à un certain point de vue. Ceci nous conduit à discuter un fait fort curieux et très intéressant. Les faits de Billroth, à qui revient l'honneur de l'idée, et de Winiwarter démontrent que l'*acide arsénieux* est capable de produire une régression de la tumeur, régression qui persiste pendant un an environ, et que lorsque la récidive survient on peut obtenir le même résultat par un nouveau traitement arsenical. C'est de cette façon qu'on a obtenu la guérison temporaire de lymphomes énormes, inopérables à cause de leur volume, et qu'on a efficacement combattu les récidives. On ne sait encore pendant combien de temps la vie peut ainsi être prolongée d'année en année. L'arsenic est administré à l'intérieur et localement. On donne 2 fois par jour (après le déjeuner et après le dîner) 5 gouttes d'une solution composée de parties égales de liqueur de Fowler et de teinture de malate de fer ou d'oxyde de fer dialysé ; tous les deux ou trois jours, la dose est augmentée d'une goutte à chacun des repas, jusqu'à l'apparition de phénomènes d'intoxication (brûlures dans la gorge et l'estomac, nausées, vomissements) qui apparaissent quand on arrive à 25 ou 30 gouttes. A ce moment on diminue la dose graduellement, d'une goutte tous les deux ou trois jours.

Le traitement *local* consiste en injections parenchymateuses. On injecte dans l'épaisseur du paquet ganglionnaire de la liqueur pure de Fowler, la valeur d'une division de la seringue de Pravaz, et on répète ces injections tous les deux ou trois jours. Pendant ce traitement apparaissent certains phénomènes, qu'il faut connaître pour ne pas s'en effrayer. Après chaque injection, on voit notamment des accès névralgiques dans les nerfs voisins, accès qui durent ordinairement deux heures et qu'on combat surtout efficacement par l'application de compresses tièdes. L'administration de l'arsenic à l'intérieur donne lieu à des insomnies et à un état nerveux contre lesquels on emploie avec succès de la bière, deux ou trois verres avant de se

coucher, ou du bromure de potassium, dans les cas graves, à la dose de 2 à 3 grammes. Enfin il y a encore la fièvre arsenicale. Elle se présente sous forme de fièvre continue avec recrudescences vespérales et survient quand l'arsenic est administré avec succès depuis quelque temps. Dans d'autres cas, plus spécialement après les injections parenchymateuses, on observe une fièvre intermittente à type quotidien. Tous ces phénomènes sont fort curieux et doivent être connus. Mais le succès du traitement arsenical n'est pas constant ni même fréquent.

Lympho-sarcome. — Dans le lympho-sarcome, il s'agit d'un sarcome développé dans un ganglion lymphatique, et c'est ce fait qui le distingue des trois formes que nous venons d'étudier. Tandis que jusqu'à présent nous avons affaire à une hyperplasie, c'est-à-dire à des produits non hétérogènes, identiques aux tissus dont se compose l'organe atteint (et c'est pour cela que les trois formes sont désignées sous le nom commun de lymphome), dans le lymphosarcome il s'agit d'une *hétéroplasie* dont le produit, sarcome à cellules rondes ou à cellules fusiformes, doit être opposé aux parties conjonctives qui entrent dans la composition des ganglions. En outre, il faut compter avec la tendance des sarcomes et des carcinomes à envahir les tissus voisins. Développé primitivement dans un ganglion, le lympho-sarcome le perfore, pénètre dans les muscles voisins et les autres tissus et se met à proliférer sans frein. Les métastases qui se forment dans les organes internes sont également de nature sarcomateuse.

Quant au *diagnostic différentiel* entre le lymphome malin et le lympho-sarcome, il s'appuie sur les considérations suivantes : Dans le lymphome, le processus se manifeste dans un groupe ganglionnaire, dans le lympho-sarcome on trouve d'abord un seul ganglion atteint, mais la tumeur envahit de bonne heure les tissus voisins et perd rapidement sa mobilité. Quand il s'agit de lympho-sarcome, la peau perd sa mobilité et est rapidement perforée par la tumeur ; ces deux signes manquent dans le lymphome malin. Dans ce dernier, on trouve une tuméfaction des ganglions lymphatiques d'autres régions du corps ; dans le lympho-sarcome, quand il se forme des tumeurs multiples on en trouve dans d'autres organes éloignés, par exemple dans la peau.

Quand le lympho-sarcome a perforé le ganglion, et c'est à ce moment seulement qu'on peut le diagnostiquer, le *traitement* est absolument impuissant. L'extirpation de la tumeur ne s'oppose ni à la récurrence sur place ni aux métastases.

§ 2. — Anévrysmes.

Un autre groupe de tumeurs, qu'on rencontre sur les différentes parties du cou, est constitué par les anévrysmes. Nous avons déjà parlé des anévrysmes traumatiques, et comme les anévrysmes spontanés appartiennent au domaine de la médecine interne, nous n'envisagerons ici ces tumeurs qu'au point de vue du diagnostic différentiel avec les autres tumeurs du cou. On peut rencontrer au cou des anévrysmes de l'aorte, du tronc innominé, de la carotide, de la sous-clavière et de la vertébrale.

Parmi les anévrysmes de l'aorte, seuls les anévrysmes très volumineux arrivent jusqu'au cou, et, dans ce cas, ils peuvent même remonter jusqu'à la région cervicale supérieure.

Les anévrysmes du *tronc innominé* siègent au niveau du bord droit du sternum et peuvent se porter derrière le sterno-mastoidien et le scalène antérieur, jusque dans la fosse sus-claviculaire droite. Comme dans ce cas il y a compression d'une veine innominée, principalement de la gauche, on trouve ordinairement une dilatation des veines du bras et d'un côté du cou ; d'autre part, la compression du plexus brachial provoque des douleurs névralgiques ; la compression du récurrent, de la paralysie d'une corde vocale ; la compression de la trachée, de la dyspnée. Dans certains cas, on a noté la compression de l'œsophage. La pulsation de la tumeur et les souffles sont perçus au niveau du creux sus-claviculaire ; les souffles se propagent dans la carotide et la sous-clavière ; les artères du bras et de la tête présentent du côté droit un pouls faible et retardant.

Les anévrysmes de la *carotide primitive* sont rares : 25 cas sur 551 anévrysmes dans la statistique de Crisp. Ils siègent au niveau de la bifurcation, sur l'origine et le milieu du tronc. Le diagnostic peut présenter des difficultés quand la tumeur occupe l'origine de l'artère, et souvent alors ces anévrysmes ont été confondus avec ceux de l'aorte. Et cette erreur peut arriver au médecin le plus expérimenté. Dans d'autres cas, ces anévrysmes ont été confondus avec des tumeurs. Scarpa raconte un cas dans lequel un anévrysme de la carotide pris pour un abcès fut incisé : le malade succomba à l'hémorrhagie.

Les anévrysmes de la *sous-clavière* s'accompagnent de douleurs très pénibles. Je ne puis oublier une femme que j'ai vue à la clinique d'Oppolzer à l'époque où j'étais étudiant. L'anévrysme battait contre le plexus et provoquait des douleurs si violentes qu'on était obligé de tenir presque continuellement la malade sous l'influence des narcotiques.